



医療証番号 名 ー .

障害者医療証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 名古屋市長

対象者 住 所 名古屋市 区

棟 号 方

(フリガナ) [生年月日 年 月 日]

氏 名 [ー]

次のとおり申請します。なお、医療費の助成について必要な場合は、毎年名古屋市において市民税に関する課税資料（必要に応じ世帯分を含む。）並びに障害の種類及び程度に関する資料を確認されることに同意します。

前 年 の 所 得

 有 (概算 円) 無

障害の種類及び程度等

 身体障害 ー 1・2・3級 (視覚・聴覚・音言・肢体・内部) [部位]
 進行性筋萎縮症 ー 1・2・3・4・5・6級
 じん臓機能障害 ー 1・3・4級・身体障害者手帳番号 () ・身体障害者手帳 (再) 交付日 (年 月 日)
・再認定の時期 (年 月) 知能指数50以下 (愛護手帳1・2・3度) ・愛護手帳番号 ()
・愛護手帳交付日 (年 月 日) ・再判定の時期 (年 月) 自閉症状群 ・再判定の時期 (年 月) 精神障害 ー 1・2級 ・精神障害者保健福祉手帳番号 ()
・精神障害者保健福祉手帳交付日 (年 月 日) ・有効期限 (年 月 日) 指定難病 ・特定医療費受給者証 受給者番号 ()
・有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

対象者の健康保険の加入状況

記 号 番 号

(枝番)

被 保 険 者
組 合 員
世 帯 主

フリガナ

氏 名

[生年月日 年 月 日]

対象者
との
続 柄

住 所

発行機関
(健康保険
組合等)保 険 者
番 号対象者の
一部負担
金の割合

名 称

割

備 考

(注) 知能指数が50以下で愛護手帳をお持ちでない方や自閉症状群と診断された方は、障害の種類及び程度を証明するものを添えてください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 10 | 11 | 20 | 21 | 22 | 30 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 50 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 70 | 80 | 85 | 89 |
| 視 | 視 | 聴 | 聴 | 平 | 音 | 肢 | 上 | 下 | 体 | 運 | 運 | 筋 | 内 | 心 | 腎 | 呼 | 膀 | 小 | 免 | 肝 | 70 | 80 | 85 | 89 |
| 力 | 野 | 平 | 覚 | 衡 | 言 | 体 | 肢 | 肢 | 幹 | 上 | 下 | 萎 | 部 | 臓 | 吸 | 直 | 腸 | 疫 | 臓 | 障 | 障 | 自 | 精 | 難 |
| | | | | | そ | | | | | | | 縮 | | | | | | | | | 的 | 閉 | 神 | 病 |

事 由

事由発生年月日

年 月 日

-
- 障害該当
-
- 所得更正
-
- 他の市町村からの転入
-
-
- 健康保険の資格を取得
-
- 子ども医療からの移行
-
-
- 生活保護廃止
-
- 施設退所
-
- その他 []

決 裁

課 長

係 長

係 員

資 格 審 査

 認 定
 却 下

受 理 . .

取 得 . .

交 付 . .

受 付 入 力

ひとり親要件

有 無